

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 247

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François GRAS

Né le 6 Septembre 1915, à PARIS (XIV^e)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION STATISTIQUE
A L'ETUDE RADIOLOGIQUE
DES DYSFONCTIONNEMENTS
DE LA REGION CARDIO-TUBEROSITAIRE
(D'APRÈS 3.300 EXAMENS
GASTRO - DUODENaux)

Président : Monsieur J. QUÉNU (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

François G R A S

né le 6 septembre 1915 à Paris (XIVème)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

CONTRIBUTION STATISTIQUE
A L'ETUDE RADIOLOGIQUE
DES DYSFONCTIONNEMENTS DE
LA REGION CARDIO-TUBEROSITAIRE
(D'APRES 3300 EXAMENS GASTRO-DUODENaux)

-:-

Président : Monsieur J. QUÉNU (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	(Hôtel-Dieu MENEGAUX
	(Salpêtrière MOULONGUET
	(Cochin QUENU
	(Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	)} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition)	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNEZ
Clinique Méd. hydro-climat. thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch. t. pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 CERNEA

Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 PADOVANI
 ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie..... N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 HAGUENAU
 KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 LE NOIR
 Bibliothécaires..... LAURENT
 QUIEVREUX

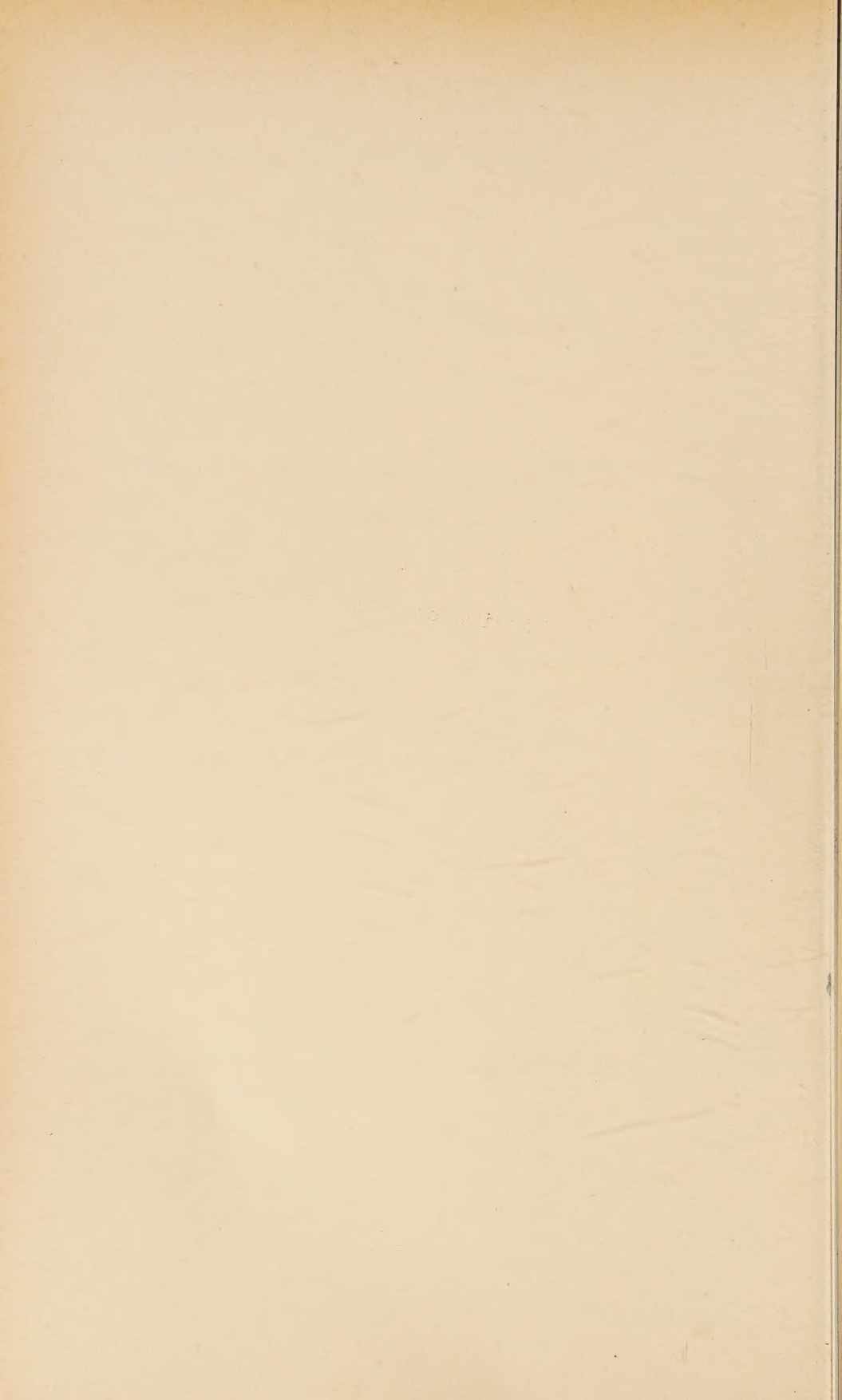
o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.			MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU-		(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACO OLIVIER (CH	
Ana.Path.	(THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. chir.	(VERNE (J.M.	
Bactériologie	(CHRISTOL NEVOT		(MAURICE LOEPER	
Biol. Méd.	BOURLIERE		(BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM	
Chimie méd.	(ETTORI POLONOVSKI J.	Pat. expéri- ment.	(POLONOVSKI C MOZZICONACCI JOSEPH	
Dermato-syph.	DUPERRAT		(Melle LEVY BARGETON	
Embryologie	TUCHMANN		(DEJOURS PARROT	
Histologie	(COUJARD N.	Path. Med.	(DJOURNO GUGEROT	
Hydrologie	CORNET		(KREIS BARUK PICHOT	
Hygiène	(BOYER DEPARIS			
Mal. infect.	BASTIN			
Médecine)	(DEROBERTE GAULTIER HADENGUE			
légale et du Trav.)	(DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER			
Neurochir.	DAVID			
Neurologie	LHERMITTE			
	(GRASSET LE LORIER			
Obstétrique	LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY			
	(BRIEGEAT DESIGNES	Pédiatrie		
Ophtal- mologie)	(JUDET AUBRY MADURO	Pharmacol.		
Orthopédie	JUDET			
Oto-rhino- laryngol.)	(AUBRY MADURO	Physiol.		
Parasito.	ERUMPT			
Parasito.col.	CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Physique Médicale Pneumo-phtis. Psychiatrie		

A la Mémoire de mes Parents.



A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Jean QUENU

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie nationale de
Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand,
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

En témoignage de profonde grati-
tude.

A mon Maître

Monsieur le Professeur LEMIERRE

In Memoriam

A Monsieur le Docteur TRIAL

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

En témoignage respectueux

A Madame le Docteur Jeanne LONGIN

Avec qui nous avons le plaisir
de collaborer depuis cinq ans
et qui fut toujours pour nous
le guide le plus sûr et le
plus attentif.

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Alain MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Marcel MORIN

Médecin des Hôpitaux

En remerciement de l'accueil
bienveillant qu'ils m'ont
toujours réservé dans leur
service.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur GOSSET
Monsieur le Professeur RATHERY
Monsieur le Professeur DUVAL
Monsieur le Docteur RAMOND
Monsieur le Professeur LARDENNOIS
Monsieur le Professeur LEREBoullet
Monsieur le Professeur CHABROL
Monsieur le Professeur SEZARY
Monsieur le Professeur LEMIERRE
Monsieur le Professeur PORTES
Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE
Monsieur le Professeur FEY
Monsieur le Professeur VELTER
Monsieur le Professeur LEMAITRE
Monsieur le Docteur THOYER-ROZAT

A mon Ami

Monsieur le Docteur Jacques MARQUAND

Chef de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris

Que je tiens à remercier ici
des conseils éclairés qu'il
m'a prodigués avec sollicitude
pour le choix et la rédaction
de ce travail.

CONTRIBUTION STATISTIQUE
A L'ETUDE RADIOLOGIQUE
DES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA REGION CARDIO-TUBERCULOSITAIRE
(D'APRES 3300 EXAMENS GASTRO-DUODENaux)

-:-

INTRODUCTION

-:-

Dans cette thèse, nous nous proposons d'apporter une contribution à l'étude radiologique des dysfonctionnements et malpositions de la région cardio-tubérositaire.

Ce travail a pu être réalisé grâce aux installations du Centre Médico-Chirurgical Foch à Suresnes, au service radiologique duquel nous appartenons.

Ce service dessert les consultations gastro-entérologiques, et les services de médecine et chirurgie gastro-entérologiques.

A ce propos, nous tenons à remercier tout particulièrement :

Madame le Docteur Longin,

Nos maîtres, Monsieur le Docteur Morin et Monsieur le Docteur Mouchet, qui ont bien voulu nous aider dans ce travail et mettre leurs dossiers à notre disposition.

Nous exprimons également toute notre gratitude à Monsieur le Directeur du Centre, qui a su aimablement faciliter notre tâche.

° ° °

On retrouve peu de publications anciennes concernant l'étude de la région cardio-tubérositaire (Robins 1926 - Friedenwald 1929).

En réalité, la pathologie du cardia a beaucoup évolué à la lumière de travaux récents.

- Sur le plan chirurgical : M. Jean-Louis Lortat-Jacob en France, MM. Allison et Barrett en Angleterre.

- Sur le plan médical et radiologique : MM. Hillemand, Monges, Nemours-Auguste et autres.

Certains syndromes mal expliqués ont pu être attribués à des dysfonctionnements et à des malpositions de la région cardiotubérositaire, tels que les reflux oesophagiens et les hernies diaphragmatiques, auxquels nous limiterons notre étude.

-:-

ANATOMO-PHYSIOLOGIE

-:-

Une étude des anomalies de fonctionnement de la région du cardia ne saurait se passer d'un rappel anatomo-physiologique.

Trois éléments sont à envisager :

- a) L'oesophage abdominal
- b) Le diaphragme
- c) L'angle d'abouchement de l'oesophage et de la grosse tubérosité gastrique.

a) L'oesophage

Existe-t-il un véritable sphincter oesophagien ? Bien que Lerche, reprenant les travaux de certains anatomistes (Braus et Laimer) ait voulu décrire deux sphincters oesophagiens différents, la plupart des anatomistes ne reconnaissent pas l'existence d'un sphincter caractérisé. Les travaux de Lerche sont actuellement très critiqués, notamment dans certaines publications Nord-américaines.

b) Le diaphragme

A-t-il une action sphinctérienne ?

La conception simpliste de Chevalier-Jackson, qui considérait que l'anneau diaphragmatique ne s'ouvrait qu'au cours de la déglutition, n'est plus admise aujourd'hui.

Les auteurs modernes, sous l'impulsion

d'Allison, ont voulu faire jouer un rôle de cravate au pilier droit du diaphragme qui, en se contractant, écraserait l'oesophage et modifierait de plus l'angle oeso-gastrique.

Mais il s'agit là encore d'hypothèses qui n'ont pas été démontrées de façon certaine.

c) L'angle oeso-gastrique

On fait jouer un rôle important à un 3ème facteur, l'angle de His, formé par le bord gauche de l'oesophage et le bord droit de la grosse tubérosité gastrique.

Cet angle serait complété par une véritable valve, décrite par Gubaroff, qui, faisant saillie dans la lumière, contribuerait à fermer l'orifice oesophagien.

En somme,

l'oesophage abdominal, le diaphragme et surtout l'angle d'abouchement de l'oesophage dans la grosse tubérosité pourraient jouer un rôle dans la continence gastrique.

Mais surtout,

Leurs positions respectives, transformant leurs rapports, auraient plus d'importance.

Les moyens de fixité du cardia sont faibles en effet.

- La membrane de Laimer-Bertelli n'est pas parfaitement individualisable.

- Les pneumogastriques ne représentent pas un moyen de fixation valable.

- Le pédicule coronaire stomachique, long ou court, ne semble pas pouvoir véritablement s'opposer à l'ascension du cardia.

C'est ainsi que le cardia, mal fixé, pourra passer plus ou moins librement à travers

un orifice diaphragmatique élargi par aplasie congénitale ou secondaire des fibres en 8 de chiffre de l'anneau oesophagien.

L'ascension du cardia entraînerait une modification de l'angle de His, perturbant ainsi le mécanisme valvulaire.

La position du cardia et ses rapports avec la grosse tubérosité permettent de décrire plusieurs types de lésions.

La classification radiologique d'Akerlund est actuellement abandonnée.

Plus simplement, on décrit :

- Les brachyoesophages congénitaux ou acquis
- et surtout nous intéressant particulièrement:

- a) Les malpositions cardio-tubérositaires
- b) Les hernies diaphragmatiques.

- a) Les malpositions cardio-tubérositaires.

Nous en retiendrons deux caractéristiques essentielles :

1° La position haute du cardia, qui devient ainsi parfois le point culminant de l'estomac.

2° La diminution très notable du volume de la poche à air allant souvent jusqu'à l'absence totale.

- b) Les hernies diaphragmatiques.

Elles sont caractérisées par l'ascension d'une partie de la grosse tubérosité à travers l'hiatus oesophagien.

On décrit avec Allison et Barrett deux types essentiels :

- Les hernies par glissement de l'estomac

avec ascension du cardia.

- Les hernies par roulement de la grosse tubérosité le long de l'oesophage avec maintien du cardia en place.

Cette classification d'ailleurs "résulte bien souvent beaucoup plus d'un besoin de clarté que d'une utilité pratique" (Ferret).

-:-

RAPPEL CLINIQUE

-:-

Il convient tout d'abord d'envisager les signes cliniques qui font adresser le malade au radiologue pour un examen de la région cardio-tubérositaire.

Parmi de nombreux symptômes, nous pensons que les plus caractéristiques et les plus fréquents sont les suivants :

Les brûlures oesophagiennes
 Les régurgitations
 Les douleurs rétro-sternales
 Les hémorragies
 L'anémie.

Le groupement de certains des signes que nous venons d'énumérer peut cliniquement faire évoquer la possibilité d'un reflux gastro-oesophagien.

D'autres signes, par leur caractère plus particulier, feront penser à l'existence d'une hernie diaphragmatique.

A/- Le reflux.

est caractérisé par "le passage du contenu gastrique dans l'oesophage sans participation des musculatures gastriques, abdominales ou diaphragmatiques" (Hillemand).

Il s'agit essentiellement d'un trouble fonctionnel.

Les signes majeurs sont :

1° Les brûlures oesophagiennes, à point de départ épigastrique, s'étendant le long de l'oesophage, jusqu'au pharynx et s'accompagnant d'éruptions gazeuses.

2° Les régurgitations sont caractérisées par le rejet d'une certaine quantité de liquide accompagné de quelques débris alimentaires. Parfois sans saveur, de caractère aqueux, elles sont le plus souvent acides, coexistant avec les brûlures et réalisant le pyrosis.

3° Beaucoup plus rarement le mérycisme.

Ces troubles surviennent le plus souvent sans horaire précis, mais sont par contre très influencés par les variations de posture (108 fois sur 240 malades selon Hillemand).

L'antéflexion du tronc est le mouvement qui semble les déclencher le plus volontiers. Dans certains cas, elle permettrait de les reproduire à volonté, orientant ainsi le diagnostic. C'est le classique signe du "lacet de soulier".

La position allongée, en raison de la déclivité, tend également à favoriser leur apparition, ce qui explique la prédominance nocturne de ces troubles.

Ce syndrome oesophagien, qui oriente vers la recherche radiologique d'un reflux, traduit en réalité une lésion intrinsèque de l'oesophage, qui est une complication de ce reflux : l'oesophagite.

Cette oesophagite ne peut être confirmée que par l'endoscopie qui mettra en évidence des lésions pouvant aller de la simple congestion oedémateuse de la muqueuse jusqu'à l'ulcération diffuse avec hémorragie en nappe.

B/- La Hernie diaphragmatique dont nous avons brièvement évoqué le mécanisme anatomique, montrant qu'il s'agit d'une lésion organique, semble avoir une symptomatologie nettement plus décevante que le reflux (Pas de signe typique dans 60 % des cas observés par M. Santy).

Cependant on retrouve assez souvent une douleur rétro-sternale basse, décrite par le malade comme une sensation de distension gastrique, ou de striction ; cette douleur est le plus souvent fugace, fréquemment soulagée par les éructations ou les vomissements.

Ces douleurs, peu influencées par le régime alimentaire, surviennent souvent après les repas, paraissant augmentées par la réplétion gastrique. Comme pour le reflux, elles semblent surtout sous la dépendance des variations de posture (le malade signale souvent une gêne maximum en decubitus latéral ou ventral).

Souvent moins nettes, les douleurs prennent plus de signification par leurs irradiations ou leur similitude avec d'autres syndromes douloureux (cardio-vasculaires en particulier).

Sont surtout fréquentes :

L'irradiation dorsale, l'irradiation pharyngée avec sensation de constriction, entraînant une fausse dysphagie intermittente, non progressive.

Plusieurs auteurs insistent sur le caractère d'emprunt des douleurs, évoquant parfois l'angine de poitrine, les deux affections pouvant d'ailleurs être associées. Cet aspect d'angor est loin d'être exceptionnel et nous l'avons assez fréquemment retrouvé dans les signes cliniques qui ont motivé un examen radiologique.

Les hémorragies sont exceptionnellement des hémorragies extériorisées sous forme d'hématémèse. Il s'agit le plus souvent de petites hémorragies ne se traduisant que par des signes indirects, moelena occulte et surtout anémie.

Cette anémie, qui représente assez souvent la seule manifestation de la hernie diaphragmatique, est le plus souvent hypochrome.

Sa pathogénie reste extrêmement discutée. On l'attribuerait tantôt à la répétition de minimes pertes sanguines (érosions muqueuses) tantôt à une perturbation du métabolisme du fer.

Les troubles sont parfois associés à des phlébo-thromboses sans cause évidente (syndrome de Lian-Siguier-Welti).

Le diagnostic de hernie diaphragmatique devra parfois être envisagé à l'occasion d'une complication :

- Etranglement,
- Volvulus d'un estomac hernié.
- Ulcère du collet.

Très souvent aussi, le diagnostic se posera devant des signes d'oesophagite, car on sait la fréquente association d'une hernie diaphragmatique et d'un reflux oesophagien.

RAPPEL RADIOLOGIQUE

-:-

Lorsqu'ils sont nets, les signes cliniques que nous venons de récapituler brièvement, orientent l'examen radiologique et peuvent permettre la mise en évidence d'un dysfonctionnement du cardia.

Ils sont souvent plus vagues et intriqués ; mais de toute façon, l'étude du cardia devra toujours être pratiquée systématiquement.

Il est en effet très courant de découvrir, pour des symptômes frustes, une grosse hernie diaphragmatique ; inversement, un examen méthodique entrepris pour des signes classiques ne permet pas toujours d'objectiver une lésion dont on sait par ailleurs le caractère fugace et inconstant. A ce propos, d'ailleurs, nous ferons remarquer qu'au cours d'examens successifs, le reflux oesophagien nous a semblé plus facile à retrouver avec constance que la hernie diaphragmatique. Au cours de chaque examen radiologique gastro-duodénal, nous nous sommes donc astreints à rechercher systématiquement un dysfonctionnement du cardia, mais nous n'avons utilisé dans ce but que des positions et des manœuvres classiques.

De plus, nous ne tiendrons compte dans l'appréciation des résultats que des lésions mises en évidence avec une relative facilité.

Technique.

Certains auteurs ont insisté sur le rôle de la radiographie en position debout, avec antéflexion du tronc.

Il s'agit évidemment là d'une manoeuvre rappelant de près les conditions habituelles d'apparition des symptômes. Mais si, dans ce cas, il est assez fréquent de déclencher un reflux visible en scopie, il n'est pas toujours aisé de le fixer sur un cliché ; et ce, d'autant plus qu'il s'agit souvent d'un sujet bréviligne. La nécessité d'un examen de profil accroît encore les difficultés techniques.

Or, pour que l'examen conserve son caractère de recherche courante, il faut à notre avis le rendre aussi simple que possible, surtout en milieu hospitalier.

Aussi les positions utilisées ont-elles été les plus classiques :

La position de Trendelenburg
et surtout,

Le décubitus ventral avec ou sans ballon
compresseur abdominal.

Cette dernière manoeuvre, complétée par de profonds mouvements respiratoires, nous semble permettre le plus facilement l'observation radioscopique et la prise des clichés.

De cette façon, nous avons pu très aisément obtenir au sériographe des images successives montrant l'apparition d'une hernie diaphragmatique et d'un important reflux.

Certains auteurs ont également proposé, dans des cas plus difficiles, la mise en oeuvre du siphonage.

Cette pratique nécessite toutefois une attention particulière pour bien individualiser le reflux, qui ne devra pas être confondu avec une gorgée de baryte restant dans l'oesophage et remontant par antipéristaltisme.

De plus, on ne devra tenir compte que des reflux massifs (parfois fugaces d'ailleurs) dépassant le niveau de la crosse aortique ; ce sont le plus souvent les seuls nettement perçus par le patient.

Devant une image de stase sus-diaphragmatique, il ne faudra pas confondre une hernie avec la dilatation plus ou moins physiologique du bas oesophage ou ampoule épiphrénique.

Il est en effet particulièrement important, sauf en cas de reflux massif et fugace, de ne fixer sur les clichés que des aspects relativement stables et d'éliminer toute image pouvant conduire ultérieurement à de fausses interprétations.

° °

Les aspects radiologiques classiques du dysfonctionnement cardio-tubérositaire sont donnés par :

La malposition cardio-tubérositaire
 Le reflux permanent
 La hernie diaphragmatique

1° La malposition cardiotubérositaire.
 est caractérisée par le faible volume ou l'absence de la poche à air et par l'abouchement haut de l'oesophage, au voisinage du point culminant de la grosse tubérosité, réalisant parfois l'aspect en entonnoir.

2° Le reflux oesophagien.

Se présente sous la forme d'une colonne barytée continue remplissant l'oesophage du cardia au pharynx dans les cas nets.

3° La hernie diaphragmatique.

Est vue tantôt en réplétion, comme une poche sus-diaphragmatique reliée le plus souvent au reste de l'estomac par un large collet, tantôt partiellement évacuée, silhouettée uniquement par les plis muqueux de la grosse tubérosité herniée.

Enfin la pratique d'examens radiologiques multiples et simultanés nous a permis de constater assez fréquemment les classiques associations avec :

affections biliaires, en particulier lithiasse,

Diverticules d'organes tels que l'oesophage et le côlon pouvant parfois réaliser la classique triade de Saint.

Etant donné le nombre de nos examens (3306 en deux ans) nous avons dû les résumer sous forme de tableaux.

Ces tableaux sont établis en fonction du sexe et de l'âge des patients.

En outre, dans la mesure du possible, il a été tenu compte des signes cliniques rappelés précédemment et considérés comme les plus typiques.

Dans un but de simplification, nous avons été amenés à les limiter.

- 1° Pyrosis évocateur, nous l'avons vu, du simple reflux.
- 2° Douleur rétrosternale avec gêne à type parfois de pseudo-angor.
- 3° Anémie.

Ces deux derniers symptômes orientant en principe davantage vers le diagnostic de Hernie diaphragmatique.

Nous avons englobé sous la rubrique

Signes digestifs

tous les symptômes autres que ceux mentionnés précédemment et qui, d'habitude, ne sont pas révélateurs d'un dysfonctionnement cardio-tubérositaire.

Examen	Sexe	Age	Signes digestifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
6	M	55		Angor	0	0	
11	M	56		Pyrosis	0	0	
13	M	57		"	0	0	
23	F	72		"	0	0	
27	F	47		"	0	0	
33	M	61		"	0	0	
38	F	55	+	0	+		
43	F	51		Pyrosis	0	0	
44	M	45		"	0	0	
50	F	35		"	0	0	
55	F	53		"	0	0	
57	F	65		Angor		+	
69	F	58		H.D.	0	0	
71	M	44		Pyrosis	0	0	
94	M	55		Angor	0	0	
95	M	61		Pyrosis	+		
98	F	55		"	0	0	
I02	F	55		"	0	0	
I07	M	55		H.D.op.	0	0	
II3	F	72		Pyrosis		+	
I31	F	59		Anémie		+	
I40	M	57		Pyrosis	0	0	
I42	F	27		"	0	0	
I45	M	48		"	0	0	
I55	M	48		Anémie	+	+	+
I57	M	60		Pyrosis	+		
I64	M	53		Pyrosis	0	0	
I68	F	33		"		+	
I77	F	45		"	0	0	
I97	F	67	+	0		+	
I98	M	42		Pyrosis		+	
201	M	45		"	0	0	
203	M	35		"	0	0	
210	M	39		"	0	0	
213	F	64		"	0	0	
220	F	67		"	0	0	
224	F	71	+	0	+	+	+
235	F	57		Pyrosis	0	0	
249	M	58		H.D.	0	0	
251	F	71		Angor		+	

Examen	Age	Sexe	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
257	M	33		Pyrosis	0	0	
266	F	55		"	0	0	
275	M	56		Angor	0	0	
276	F	52		Pyrosis	0	0	
279	F	32		"		+	
282	M	36		Angor	0	0	
297	F	44		Pyrosis	0	0	
308	F	31		Anémie	0	0	
315	M	44		Pyrosis	0	0	
316	F	62		"	0	0	
319	M	12		"	0	0	
332	F	55	+	0	+	+	+
352	M	69		Pyrosis	0	0	
353	M	62	+	0	+	+	+
372	F	31		Pyrosis	0	0	
378	M	74		"	0	0	
388	F	61		"	0	0	
391	F	76	+	0	+		
412	M	59		Pyrosis	0	0	
424	F	32		"	0	0	
425	F	59		"		+	
426	M	52		"	0	0	
429	M	69		Angor	0	0	
430	F	55		Pyrosis	0	0	
436	M	53		"	0	0	
439	M	50		"	+		
441	F	70	+	0		+	
444	M	55	+	0	+		
447	F	48		Pyrosis		+	
500	M	38		Angor	0	0	
502	F	70		Pyrosis	+		
504	M	66		"	0	0	
505	F	65		Anémie	0	0	
506	F	76		Angor	+		
507	M	49		Pyrosis	0	0	
512	F	49		"	0	0	
513	M	54		"	+		
522	M	69		"	0	0	
523	M	56		Pyrosis	0	0	
527	M	73	+	0	+		

Examen	Age	Sexe	Signes d' diges- tifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
532	M	51		Pyrosis		+	
546	F	65	+	O	+		
558	F	63		Pyrosis	+	+	+
562	M	28		"	O	O	
566	M	61		"	O	O	
590	F	65	+	O	+		
602	F	42		Anémie	O	O	
607	F	61		"		+	
624	F	52		Pyrosis	O	O	
627	M	33		"	O	O	
628	M	40		H.D.	O	O	
630	F	58		Pyrosis	+		
634	M	51		"		+	
648	F	55		"	O	O	
654	M	50		"	O	O	
674	F	35		"	O	O	
701	F	25		"	O	O	
710	F	56		H.D.OP.	+		
717	F	57		H.D.OP.	+		
718	F	55		Pyrosis	O	O	
728	F	50		"		+	
730	F	41		"	O	O	
735	F	44		"	O	O	
736	F	51	+	"		+	
739	F	50	+	O	+		
747	M	70		Pyrosis	O	O	
750	M	60		"	O	O	
752	M	65		"	O	O	
763	F	50		H.D.OP.		+	
772	F	12	+	O	+		
780	M	66		Pyrosis	+		
796	F	34		Anémie	O	O	
804	F	69		Pyrosis	O	O	
821	F	71		"		+	
850	M	48		"	O	O	
851	F	28	+	O	+		
880	F	58	+	O	+		
881	M	63		Pyrosis	+		
888	F	58		"	+		
895	F	31		"	O	O	

Examen	Age	Sexe	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
913	F	75	+	0	+	+	+
937	F	46		Pyrosis	0	0	
939	F	39		"	0	0	
949	F	44	+	0	+	+	+
952	F	49		Pyrosis	0	0	
957	F	67		"	+	+	+
960	M	58	+	0		+	
961	M	71		Pyrosis	+		
963	F	66		"		+	
979	M	30		"	0	0	
984	F	52		Pyrosis	0	0	
987	F	43		"	0	0	
997	M	25		"	0	0	
1018	F	49	+	0		+	
1019	M	61		Pyrosis	+		
1025	F	57		"	+	+	+
1027	M	76	+	0		+	
1029	M	43		Pyrosis	0	0	
1046	F	69		"		+	
1052	M	65		"	0	0	
1061	F	25		"	0	0	
1063	M	74		"	+	+	+
1064	F	55		"	0	0	
1065	F	58		Angor	0	0	
1069	M	43	+	0	+	+	+
1078	F	57	+	0	+		
1080	F	47		Pyrosis	0	0	
1084	M	36		"	0	0	
1095	F	42		"		+	
1106	M	65		"	0	0	
1113	M	72		"	0	0	
1123	M	48		Angor		+	
1138	F	49		Pyrosis	0	0	
1141	F	51		"		+	
1157	F	63	+	0	+	+	+
1158	F	61		Anémie	0	0	
1161	M	59	+	0		+	
1163	M	34		Pyrosis	0	0	
1189	F	61		"	+	+	+
1192	F	48		"	0	0	

Examen	Age	Sexe	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
I204	F	63		Pyrosis	+	+	+
I212	F	59	+	O	+		
I216	F	45	+	O		+	
I217	M	47		Pyrosis	O	O	
I223	F	38		"	O	O	
I235	F	62		"		+	
I237	M	50		"	O	O	
I240	F	68	+	O		+	
I243	F	43		Pyrosis	O	O	
I254	F	56		Angor		+	
I257	M	48		Angor	O	O	
I263	M	67	+	O	+		
I265	F	62		Anémie		+	
I271	F	58	+	O		+	
I274	F	73		Anémie	+		
I278	F	29		"	O	O	
I292	F	71	+	O	+		
I303	F	66		Pyrosis	+	+	+
I316	M	63	+	O	+	+	+
I317	F	42	+	O	+	+	+
I320	F	48		Pyrosis	O	O	
I324	M	38	+	O		+	
I325	M	77	+	O	+		
I329	F	63	+	O	+	+	+
I336	F	26		Pyrosis	O	O	
I341	M	73		Anémie	O	O	
I342	F	70		Pyrosis		+	
I354	M	52		"	+		
I373	F	57		"		+	
I377	M	73		"	O	O	
I382	M	79	+	O	+		
I384	M	67		Pyrosis	O	O	
I392	F	33		Anémie	+		
I400	M	69		"	+	+	+
I416	M	76		Pyrosis	O	O	
I418	M	69		"	O	O	
I420	F	61		"	O	O	
I433	M	56		H.D.	O	O	
I438	F	54	+	O	+		

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
I44I	F	5I		Anémie	0	0	
I442	M	63		"	0	0	
I443	F	7I	+	0		+	
I455	F	55	+	0	+		
I466	F	76	+	0	+	+	+
I467	M	62		Pyrosis	0	0	
I469	M	79	+	0	+		
I478	F	68		Pyrosis		+	
I482	M	66		"	+	+	+
I49I	M	37	+	0	+		
I492	M	62		H.D.		+	
I496	F	63	+	0	+		
I497	M	62		Pyrosis	0	0	
I5I2	F	57	+	0		+	
I5I7	F	69		Dysphagie	+		
I52I	M	40		Pyrosis	0	0	
I529	F	5I		"	+	+	+
I53I	F	72	+	0	+		
I535	M	47		Pyrosis	0	0	
I538	F	53	+	0	+	+	+
I550	M	56	+	0	+	+	+
I554	M	62		H.D.OP.	0	0	
I56I	F	52		Anémie	0	0	
I570	F	29		Pyrosis	0	0	
I589	M	75		"	+		
I603	F	64	+	0	+	+	+
I609	F	62		Pyrosis	+	+	+
I624	F	74	+	0	+		
I63I	M	78	+	0		+	
I632	F	68	+	0	+		
I644	F	75		Angor	+	+	+
I652	M	78	+	0	+		
I680	F	64		Anémie		+	
I684	M	47		Pyrosis	0	0	
I688	F	23		"		+	
I700	M	69	+	0	+	+	+
I70I	F	65		Angor	+		
I704	M	3I		Pyrosis	+		
I705	M	59	+	0	+		
I7I0	M	54	+	0	+	+	+

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
I720	F	54		Pyrosis		+	
I724	F	36		"	0	0	
I725	M	69	+	0	+	+	+
I740	F	62		H.D.		+	
I741	F	34		Pyrosis	0	0	
I742	F	24		"	0	0	
I749	F	69		Anémie	+	+	+
I754	F	32		"	0	0	
I756	M	71		Pyrosis	0	0	
I757	M	47		"	+		
I761	M	65		Anémie	0	0	
I763	F	78	+	0	+	+	+
I764	F	70	+	0	+	+	+
I765	M	66	+	0		+	
I767	F	78	+	0	+		
I770	F	43		Pyrosis	0	0	
I777	M	46		"	0	0	
I796	M	44		"	0	0	
I797	F	39		Angor	0	0	
I805	F	66	+	0	+		
I810	F	65		Pyrosis	0	0	
I813	F	62		Pyrosis		+	
I817	F	43		"	0	0	
I831	F	42		Anémie	0	0	
I832	M	57		Angor	0	0	
I834	F	64		Pyrosis	0	0	
I835	F	63		"	0	0	
I842	M	73	+	0	+		
I846	F	64	+	0		+	
I855	M	40		Pyrosis	0	0	
I856	F	66		"	+		
I866	M	63		"	+		
I871	M	75		"	0	0	
I873	F	61		"	0	0	
I882	F	69		"		+	
I883	F	35		"	0	0	
I890	F	51		"	0	0	
I912	M	62		"	0	0	
I915	F	60		Anémie	0	0	
I917	F	84	+	0	+		

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
I926	F	55	+	O	+		
I933	M	68	+	O	+		
I935	F	58		Pyrosis	+		
I940	M	52	+	O		+	
I941	F	39		Angor	+	+	+
I943	M	64		Pyrosis	+	+	+
I945	M	60		"	+		
I946	M	66		Pyrosis	+		
I948	F	51		"		+	
I951	F	54		Anémie	+		
I957	M	60		H.D.OP	+	O	
I963	M	68		Angor	O	O	
I971	F	67		Anémie	O	O	
I976	F	82		Pyrosis	O	O	
I984	F	22		"	O	O	
I994	F	78		"		+	
2010	F	45		"	O	O	
2023	F	45		"	O	O	
2024	F	60		"	+		
2026	F	50		"	+		
2054	M	26		"	O	O	
2059	F	65	+	O	+	+	+
2066	M	31		Pyrosis	+		
2070	F	48		"	O	O	
2083	M	62		Angor	O	O	
2090	F	63		Pyrosis		+	
2092	F	58		"	+	+	+
2097	F	62		"	O	O	
2100	F	58		"	+	+	+
2103	M	58		"	O	O	
2108	M	47		Angor	O	O	
2113	M	46		Pyrosis	O	O	
2114	M	36		"	O	O	
2142	F	54		"	+	+	+
2149	M	35		"	+	+	+
2150	F	56		"	O	O	
2154	M	49		"	O	O	
2197	M	22		"	O	O	
2206	F	46		"	O	O	
2208	M	62		Anémie	O	O	

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
22I8	M	58		Pyrosis	0	0	
2226	M	33		"	0	0	
2234	F	55		Anémie	+		
2235	F	68	+	0	+		
224I	F	52		H.D.OP.	0	0	
2245	M	57		Pyrosis	0	0	
226I	M	74		Angor		+	
2270	M	63		Dysphagie	+		
228I	M	57	+	0		+	
2282	M	50		Pyrosis	0	0	
2285	M	35		"	0	0	
2287	M	35		"	0	0	
229I	F	48		"	0	0	
2292	F	50		"	+	+	+
2299	M	56		"	0	0	
23II	F	33		"	0	0	
23I2	F	38		"	0	0	
23I3	M	56	+	0	+		
2320	F	47		Pyrosis	0	0	
2330	M	60		Pyrosis	+		
234I	M	66		"	+	+	+
2358	F	27	+	0	+		
237I	M	55	+	0	+		
24I7	F	42		Pyrosis	0	0	
2448	F	60		"		+	
2464	M	3I		"	0	0	
2485	F	35		"	0	0	
2487	M	66		H.D.	0	0	
2494	M	44		Pyrosis	+	+	+
25I6	F	37		Anémie	0	0	
2525	F	55	+	0	+		
2547	M	38		Pyrosis	0	0	
255I	F	35	+	0	+		
2555	F	55		Pyrosis	0	0	
2575	M	74	+	0	+		
258I	F	63	+	0		+	
2585	F	54	+	0		+	
2593	F	64		Pyrosis	+	+	+
2599	F	46		"		+	
2623	F	5I	+	0		+	

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
2626	F	43	+	0	+		
2628	F	64		Pyrosis	+		
2634	M	69	+	0	+	+	+
2635	M	54		Pyrosis	0	0	
2659	F	31		"	0	0	
2663	M	72	+	0	+	+	+
2671	F	43		Anémie	0	0	
2673	F	69	+	0	+		
2687	F	59		Pyrosis	0	0	
2689	F	46		"	0	0	
2705	F	56		"	0	0	
2709	F	51		"	0	0	
2718	F	58		"	+	+	+
2719	F	59	+	0	+	+	+
2723	F	58		Pyrosis		+	
2724	M	69	+	0		+	
2731	M	58	+	0		+	
2740	M	30		Pyrosis	0	0	
2741	M	65	+	0		+	
2744	F	43	+	0	+		
2752	F	71		Pyrosis		+	
2754	F	54		"	0	0	
2757	F	44		"	0	0	
2765	F	56	+	0	+	+	+
2770	F	79		Angor		+	
2778	F	67		"		+	
2782	M	30		Pyrosis	0	0	
2787	F	67		"		+	
2790	F	50		"	0	0	
2797	F	61		"		+	
2803	F	57	+	0	+		
2804	M	54		H.D.OP.	0	0	
2805	F	50	+	0		+	
2809	M	73	+	0		+	
2827	F	49		Angor	0	0	
2830	M	40		"	0	0	
2839	F	51		H.D.OP.	0	0	
2861	M	66		Pyrosis	0	0	
2875	M	52		"	0	0	
2882	M	62		"	0	0	

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
2886	M	60		Anémie		+	
2902	M	58	+	O	+		
2907	M	33		Pyrosis	O	O	
2915	M	69		"		+	
2917	F	73		Anémie		+	
2923	F	68		Pyrosis	O	O	
2927	M	61	+	O	+		
2928	M	43		Pyrosis	O	O	
2934	F	37		"	O	O	
2937	F	32		"	O	O	
2942	F	69		Anémie		+	
2954	F	68		"	O	O	
2956	F	45	+	O	+		
2957	M	11		Anémie	+		
2960	F	66		Pyrosis	O	O	
2968	F	45		"	O	O	
2970	M	62		Angor	O	O	
2971	F	43		Anémie	O	O	
2976	F	73	+	O	+		
2980	M	51	+	O		+	
2985	F	43	+	O	+		
2986	F	70		Anémie	O	O	
2999	F	40		Pyrosis	O	O	
3002	M	66	+	O		+	
3006	M	41		Angor	O	O	
3008	F	57		Anémie		+	
3017	F	69		Pyrosis		+	
3018	F	48		Angor	O	O	
3019	M	43		Pyrosis	+		
3026	F	65		Angor		+	
3027	F	56		"	O	O	
3028	M	33		Pyrosis	+	+	
3029	M	73	+	O	+		+
3031	M	60	+	O		+	
3034	M	43		Pyrosis	O	O	
3036	F	73	+	O	+	+	+
3039	F	48		Anémie	O	O	
3040	F	66		"	O	O	
3053	F	65		H.D.	O	O	
3062	M	45		Anémie	O	O	

Examen	Sexe	Age	Signes dige- stifs	Signes typiques	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
3079	F	72		Anémie	+	+	+
3081	F	69		Pyrosis	+		
3087	F	75		"		+	
3099	F	37		"	0	0	
3107	M	26		"	0	0	
3111	M	67	+	0		+	
3112	M	59		Pyrosis		+	
3116	F	62		"		+	
3121	F	36		Anémie	0	0	
3123	F	65		Pyrosis	+	+	+
3130	M	72		"	+	+	+
3133	F	63		Anémie		+	
3144	F	47		"	0	0	
3146	M	47		Pyrosis	0	0	
3147	F	67	+	0	+	+	+
3157	F	57		Pyrosis	0	0	
3171	M	60	+	0	+		
3177	M	63		Angor	0	0	
3184	M	58	+	0	+		
3191	F	32		Pyrosis	0	0	
3201	F	36		"		+	
3209	M	72		"	+	+	+
3217	F	67	+	0	+		
3218	M	45		Pyrosis	+	+	+
3221	M	61	+	0	+	+	+
3222	F	58		Pyrosis	+	+	+
3223	M	61	+	0	+	+	+
3235	F	73	+	0	+		
3236	M	44		Pyrosis	0	0	
3239	M	70	+	0	+		
3251	M	63	+	0	+		
3264	M	57	+	0	+		
3275	F	72	+	0	+		

3306

Nombre total des examens pratiqués.

REPARTITION GENERALE DES RESULTATS

NOMBRE TOTAL DES EXAMENS

3306

ANOMALIES

246 soit 7,44 %

REFLUX	HERNIES DIAPHRAGMATIQUES	H.D. + REFLUX
99	87	60
soit	soit	soit
2,99 %	2,63 %	1,81 %

REPARTITION DES RESULTATS EN FONCTION
DES SIGNES CLINIQUES

NOMBRE TOTAL DES EXAMENS

3306				
Examens orientés par la clinique		Examens systématiques		
357		2949		
Examens négatifs		2833		
Examens positifs		116		
Reflux	H.D.	H.D. + Reflux	Reflux	H.D. + Reflux
43	56	31	56	29

REPARTITION DES RESULTATS
DES EXAMENS ORIENTES PAR LA CLINIQUE

357					
avec signes de Reflux		avec signes de H.D.			
270		87			
Examens négatifs	Examens positifs	Examens négatifs	Examens positifs		
175	95	52	35		
Reflux	H.D.	H.D. + Reflux	Reflux	H.D.	H.D. + Reflux
31	39	25	12	17	6

CONCLUSIONS

-:-

Sur 3306 examens gastro-duodénaux, pratiqués en 2 ans, nous avons pu faire apparaître certaines incidences statistiques.

I.- Nous avons découvert :

246 anomalies cardio-oesophagiennes, soit 7,44 %

se subdivisant en :

99 Reflux	soit 2,99 %
87 Hernies diaphragmatiques	soit 2,63 %
60 Hernies avec reflux	soit 1,81 %

II.- Sur 2949 examens systématiques,

116 ont mis en évidence :

56 Reflux
31 Hernies diaphragmatiques
29 Hernies avec reflux

Sur 357 Examens orientés par la clinique,

130 ont révélé :

43 Reflux
56 Hernies diaphragmatiques
31 Hernies avec reflux

Ce qui fait apparaître nettement l'intérêt de l'orientation clinique dans le dépistage des lésions.

III.- Mais parmi ces 357 examens,

270 entrepris avec des signes de reflux donnaient :

95 examens positifs

31 Reflux

39 Hernies diaphragmatiques

25 Hernies avec reflux

87 entrepris avec des signes de hernie donnaient :

35 examens positifs

12 Reflux

17 Hernies diaphragmatiques

6 Hernies avec reflux

Ceci montre que, si l'orientation clinique présente un intérêt certain dans le dépistage d'un dysfonctionnement cardio-tubérositaire, elle ne permet pratiquement pas un diagnostic précis de la lésion en cause.

IV.- En fonction du sexe, nous avons observé chez :

246 malades porteurs d'anomalies cardio-tubérositaires :

92 Hommes soit 37,4 %

(44 Reflux

(25 Hernies diaphragmatiques

(23 Hernies avec reflux

154 Femmes soit 62,6 %

(55 Reflux

(62 Hernies diaphragmatiques

(37 Hernies avec reflux

Ce qui fait ressortir la classique fréquence

de la lésion chez la femme et, en particulier, de la hernie diaphragmatique.

V.- L'incidence de l'âge nous a permis de constater :

Avant 50 ans : 39 anomalies soit 15,9 %

Après 50 ans : 207 anomalies soit 84,1 %

Ces résultats ne sont pas en rapport direct avec l'âge relatif des consultants :

Avant 50 ans : 1212 soit 39,7 %

Après 50 ans : 2094 soit 60,3 %

Ainsi se trouve confirmée la notion connue de l'apparition tardive des dysfonctionnements cardio-tubérositaires.

-:-

Vu :

Le Président :

signé : J. QUENU

Vu :

Le Doyen :

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALLISON (P.R.)

Deux variétés anatomiques des hernies
de l'hiatus oesophagien.
Lancet-1950

ALLISON (P.R.)

Reflux oesophagitis. Sliding hernia and
the anatomy of repair
Surg.Gyn.and Obst. 92-1951 ; 419-481

ALLISON (P.R.)

Brachy-oesophage acquis
Journ.of Thor.Surg. 15 - 1946 ; 308

AVERY-JONES (F.)

Diagnostic de la hernie de l'hiatus
oesophagien
Proc.of the Roy.Soc.of Med. 45 - 1952 ;
277

BARRETT (N.R.)

Chronic peptic ulcer of oesophagus and
"oesophagitis"
The Brit.J.Surg. 38, 1950 ; 175-182

BARRETT (N.R.)

Symposium on hiatus hernia
Proc.Roy.Soc.Med. 45, 1952 ; 279

BARRETT (N.R.)

Hernies de l'hiatus
The Brit.J.Surg. 42, 1954

BEACONSFIELD (P.)

Reflux oesophagitis : its diagnosis and
treatment
Gastroenterology 24, 1953 ; 369

BERNARD (R.)

Hernies diaphragmatiques
Encyclopédie Médico-Chir. T. Parois
fasc. 2027

BERRY (W.C.)

Etude des hernies hiatales par emploi
du pneumo-péritoine
Arch.of Surg. Chicago Vol. 72 - N° 6

BOULAN (J.)

Etude du reflux gastro-oesophagien dû
aux malpositions cardio-tubérositaires
Thèse Paris 1955 n° 534

BOURNE

Pyrosis et hernie hiatale
Acta Gastro-ent. Belg. 14, 1952 ; 753-757

BOURNE

Symposium on hiatus hernia
Proc.Roy.Soc.Med. mai 1952 ; 45

BROMBART

Cardia ectopique et reflux gastro-oeso-
phagien
Arch.Mal.App.Dig. et Nut. t. 44 n° 9-10

BROMBART (M.), GOUTKINE (M.) et LAURENT (Y.)

Les protrusions gastriques à travers
l'hiatus oesophagien
Acta gastr. ent. belg. 13, 1950 ; 222-
224

BROMBART (M.), VAN LERBERGHE (R.), LAURENT (Y.)
et HINS (C.)

Nouvelle contribution à l'étude du reflux
gastro-oesophagien
Acta Gastr.ent.belg. 16, 1953 ; 21-28

BRUNETTI (F.)

Le reflux gastro-oesophagien
Minerva Medica (Turin) an 47 n° 19

CACHIN (M.), PERGOLA (F.) et LEVILLAIN (R.)

Hernie diaphragmatique et thromboses
veineuses
Soc.Méd.Hôp.Paris 8 Juil. 1955. Bull.
et Mém. an 71, 21-22

CAREY (J.M.), et HOLLINSKEAD (W.H.)

Etude anatomique de l'hiatus oesophagien
Surg.Gyn. and Obst. Vol. 100 - n° 2

CATTAN (R.)

Les hernies diaphragmatiques de l'esto-
mac
Nouveau Traité de Médecine tome 7
Masson 1948

CHAPUY et NAUDIN

Hernie diaphragmatique de l'estomac
avec ulcère de la portion thoracique
Arch.Mal.App.Dig. n° 4 - 1952

CHAUMERLIAC (H.)

Etude anatomo-clinique des hernies hia-
tales
Gaz.Méd.France n° 2 - 1952

CHAUMERLIAC (H.)

Le diagnostic différentiel des hernies
hiatales
Soc.gastro-ent.littoral Méditer. et S.O.
in Arch.Mal.App.Dig. 1953

CHENE (P.), BOURDON (R.) et BRULE (G.)

Sur les anomalies cardio-gastro-diaphrag-
matiques
Gazette Médicale de France 59 n° 20,
1952 ; 1219-1232

CHENE (P.), ROBERT (R.) et DESPREZ-CURELY (J.P.)
 Sur la clinique des hernies diaphragma-
 tiques de l'adulte
 Gazette Médicale de France t. 62 n° 21

CHENE (P.), LORTAT-JACOB (J.L.), ROBERT (F.) et
 MAILLARD (J.N.)
 Etiopathogénie du reflux gastro-oesopha-
 gien
 Arch.Mal.App.Dig. et de la Nutr. Supplé-
 ment n° 8 juin 1955

CLERF (L.H.)
 Hernie hiatale oesophagienne
 J.A.M.A. 1950

CLERF (L.H.), SHALLOV (T.A.), PUTNEY (F.J.)
 et FRY (K.E.)
 Hernie de l'hiatus oesophagien
 J.A.M.A. 143 - 1950 ; 169-172

COJAN
 Malpositions cardio-tubérositaires
 Thèse Paris dactyl. 1954

COUINAUD
 Maladies peptiques de l'oesophage
 Thèse Paris n° 235 dactyl. 1950
 Journal de Chirurgie 71 n° 5 1955 ;
 408

CRAEMER (B.)
 Oesophageal reflux
 Lancet I février 1955 - 276

DAVID
 Réflexions sur les hernies diaphrag-
 matiques
 Thèse Bordeaux Juillet 1952

DEBRAY (Ch.), MUFFANG (Y.), DELATTRE (J.) et
 VALLET
 Utilisation d'un agent pharmacodynami-
 que (méthanthéline) pour la découverte

et l'étude radiologique des hernies de
l'hiatus oesophagien
Arch.Mal.App.Dig. 43 1954 ; 1202

DELORE, CHAPUY et WEIGERT

A propos des hernies diaphragmatiques
Arch.Mal.App.Dig. n° 6 - 1950

DONALD (C.J.) et CLAYTON

Hernie diaphragmatique (83 cas)
The American Surgeon Vol. 21 n° 1

DUBOST (Ch.) et BLONDEAU (Ph.)

Les hernies par l'hiatus oesophagien chez
l'adulte
Presse Médicale t. 64 n° 9

EVANS et SIMPSON

Essai de classification des hernies
diaphragmatiques
Thorax 1950

FRIEDENWALD (J.), FELDMAN (M.) et ZINN (W.F.)

Peptic ulcer of oesophagus
Am.J.Med.Sc. 177, 1929 1-14

FRIEDLANDER

Anémie par hernie hiatale.
South African Medical Journal (Capetown)
vol. 29 n° 37

FLOOD (C.A.), WELLS (J.) et BAKER (D.)

Insufficiency of cardia in hiatus hernia
Gastroenterology 25 - 1953 , 364

GRISOLI (J.), MONGES (H.), GAMBARELLI (J.) et
ROY (F.)

Recherches anatomiques sur l'orifice
oesophagien du diaphragme
Travaux de l'Institut anatomique de
Marseille fasc. 12 - 1954

GUZMANN, RODRIGUEZ et PASSALACQUA (L.A.)

Hernie de l'hiatus oesophagien
Bol. Asoc. Med. Porto-Rico 39 - 1947 ; 411

HALL (G.V.) et NEWTON (N.C.)

Revue de 70 cas de hernie hiatale ;
la symptomatologie en particulier
The Med. Journal of Australia (Sidney)
an 42 n° 13

HERSCHENSON (M.A.)

Oesophagite par reflux
The Am. Journ. of Gastroenterology Vol. 23
n° 3

HILLEMAND (P.) et BERNARD (H.J.)

Les hernies par l'hiatus oesophagien -
radiologie
Presse Médicale an 63 - n° 32

HILLEMAND (P.) et BARRE (G.)

De l'étiopathologie de certaines hernies
diaphragmatiques par l'hiatus oesopha-
gien
Presse Médic. an 62 n° 86

HILLEMAND (P.), WATTEBLED (R.) et BENNET

A propos du reflux gastro-oesophagien
de l'adulte
Presse Méd. 62, 1954, 11

HILLEMAND (P.), VIGUIE (R.), WATTEBLED (R.)
et DURON (J.)

Etude clinique du reflux gastro-oesopha-
gien
Arch. Mal. App. Digestif Supplément au n° 8
Juin 55

HILLEMAND (P.), BARRE (Y.) et BERNARD (H.J.)

Hernie diaphragmatique et épreuve à la
prostigmine
Soc. Méd. Hôpit. Paris 8 Juillet 1955
Bulletins et Mémoires an 71 n° 21-22

HINS (C.)

Nouvelle contribution à l'étude du reflux gastro-oesophagien
Acta gastro-enter. Belg. 16 - 1953 ; 21-28

JACQUELIN (Ch.) et COLLESON

Hernie diaphragmatique et lithiasé vésiculaire
Gazette Hôpitaux an 127 n° 15

JONES (W.E.)

Hernie diaphragmatique
Revue Gastro-enter. 18 - 1951 ; 31-36

JOUBE-FOURNIER (P.)

Contribution à l'étude anatomo-physiologique et au repérage radiologique de l'hiatus oesophagien
Thèse Marseille 1955

JUTRAS (A.), LEVRIER (P.) et LONGTIN (M.)

Etude radiologique de l'oesophage para-diaphragmatique et du cardia
Journ. de Rad. et Electr. 30 1949 - 373

KESSELER (G.)

La séméiologie fonctionnelle des hernies diaphragmatiques à propos de 50 observations
Thèse Paris 1956 n° 719

KING et PIPER

La hernie hiatale - Radiologie de la hernie hiatale
The Medical Journal of Australia an 43
Vol. 2 n° 4

KLEEBOURG (J.) et SCHORR (S.)

Hernie hiatale; Cholélithiasé et diverticulose du côlon (Triade de Saint)
Radiologica Clinica (Bâle) Vol. 25 n° I

LAMBLING (A.), CHELI (R.), RICHIR (Cl.) et
BERNIER (J.J.)

Aspects histologiques de l'oesophage au
cours du pyrosis
Arch.Mal.App.Dig. t. 44 n° 9-10

LAMBLING (A.)

Les dyschésies gastro-oesophagiennes et
duodénogastriques dans la genèse des
spasmes de l'oesophage et des oesophagi-
tes, des dyspepsies et des gastrites.
Le rôle du reflux en pathologie digestive
Presse Médicale 59 n° 72 ; 14 nov. 1951 -
1496-1499

LEATHER (H.M.)

Les symptômes de la hernie hiatale
British Medical Journal (Londres) n° 4945

LE GAC (P.)

Hernie diaphragmatique associée à une ané-
mie. Guérison à la suite de l'intervention
Bull. et Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 152 - 1947,
4

LE MAITRE (J.) et DELATTE (E.)

Problèmes posés par la coexistence de
l'angine de poitrine et de la hernie hia-
tale
Bruxelles Médical an 36 n° 25

LIAN (C.), SIGUIER (F.) et WELTI (J.J.)

Le syndrome "hernie diaphragmatique ou
éventration diaphragmatique et thromboses
veineuses"
Presse Médicale t. 6 1953 ; 145-146

LORTAT-JACOB (J.L.) et ROBERT (P.)

Les malpositions cardio-tubérositaires
Arch.Mal.App.Digest. 42 - 1953 - 750

LORTAT-JACOB (J.L.)

Malpositions cardio-tubérositaires
Lyon Chirurgical 49 n° I 1954 ; 58-69

MALLARME (J.) et TILQUIN (R.)

Anémie associée à une hernie diaphragmatique

Rev. d'Hématologie 3, 1948 - 197

MAYOUX (M.) et GAILLARD (J.)

Etude clinique des oesophagites

Gazette Médicale de France t. 62 n° 21

MAYOUX et GAILLARD (J.)

Données endoscopiques dans les oesophagites

Journ.Méd.Lyon an 36 n° 857

MOBLEY (J.E.) et CHRISTENSEN (N.A.)

Hernie hiatale oesophagienne ; fréquence, diagnostic et traitement dans une ville de 30.000 habitants aux Etats-Unis

Gastro-Enterology (Baltimore) Vol.29 n° 6

MONGES (H.), MONGES (A.), GAMBARELLI (J.) et

JOUBE-FOURNIER (P.)

Sur le mécanisme de la continence gastro-oesophagienne et la physio-pathologie du reflux gastro-oesophagien

Marseille Médical an 93 n° 7-8

MONGES (H.), MONGES (A.), GAMBARELLI (J.) et

JOUBE-FOURNIER (P.)

Sur le repérage radiologique de l'hiatus oesophagien et l'interprétation de

l'image de coupole diaphragmatique gauche

Arch.Mal.App.Dig. t. 44 n° 9-10

MONGES (H.), DALMAS et MONGES (A.)

Hernie hiatale et reflux gastro-oesophagien chez les gastrectomisés subtotaux

Arch.Mal.App.Dig. T. 43 n° 11

MONGES (H.) et MONGES (A.), CLEMENT et SAINT-PIERRE

Sur la fréquence de la hernie hiatale chez les vieillards

Arch.Mal.App.Dig. T. 43 n° 11

MONGES (H.) et MONGES (A.)

Le reflux gastro-oesophagien
Marseille Médical n° 89 - 1952 208

MONGES (H.) et GAMBARELLI (J.)

Physiopathologie du reflux oesophagien
Arch.Mal.App.Dig. Supplément au n° 8
Juin 1955

MONTEZUMA de CARVALHO

Chirurgie du syndrome hiato-oesophagien
Arch.Mal.App.Dig. T. 40 1951 - 280

MORIN (G.) et HERNANDEZ (Cl.)

Etude statistique de la hernie hiatale
et du reflux gastro-oesophagien
Journal de Radiol. et d'Electr. T. 37
n° 5-6

MOUNIER-KUHN (P.) et SOULAS (A.)

A propos des oesophagites inférieures
et des hernies de l'hiatus
Annales O.R.L. Paris T. 72 n° 8-9

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

A propos de la fréquence des hernies
diaphragmatiques non traumatiques par
le hiatus oesophagien dites hernies n° 3
et de la classification des hernies de
l'hiatus
Arch.Mal.App.Dig. n° 12 - 1949

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

Réflexions sur le reflux cardio-oesopha-
gien
Arch.Mal.App.Dig. 39 n° 78 1950 - 865-
870

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

Brûlures oesophagiennes et cholécystite
Arch.Mal.App.Dig. 39 n° 7-8 - 1950 -
863-865

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

L'extrémité inférieure de l'oesophage
Presse Médicale 65 - 1949 - 960-963

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

La physiologie de l'oesophage
Arch.Mal.App.Dig. 40 Suppl. n° 5 1951,
3-52

NEMOURS-AUGUSTE (S.)

Reflux gastro-oesophagien de posture.
Brûlures oesophagiennes. Hernie gastrique
par l'hiatus oesophagien
Presse Médicale 61 1953 , 927

NEMOURS-AUGUSTE (N.)

La radiologie du reflux gastro-oesopha-
gien
Arch.Mal.App.Digest. Suppl^t au n° 8
Juin 1955

PALMER (E.D.)

Subacute erosive (peptic) oesophagitis
Clinical study of one hundred cases
Arch.Int.Med. 94 - 1954 - 364

PICARD

De la fréquence méconnue des hernies
diaphragmatiques
Arch.Mal.App.Dig. n° I 1951

POMERANY (M.M.) et GOLDSTONE (M.E.)

Hernie de l'hiatus oesophagien
Am.J.Med. 4 1948 - 612

QUENU

Dépistage des hernies diaphragmatiques
Arch.Mal.App.Dig. n° 1 1951

RAMOND (F.), BORRIEN et JACQUELIN (Ch.)

Sur l'abouchement de l'oesophage dans
l'estomac
Bull.Soc.Anatom. Paris Avril 1921

- REBOUL (J.), MARTIN (P.L.) et MASSEYS (L.C.)
 Sur deux cas de hernies diaphragmatiques gastriques associées à un syndrome anémique (le deuxième cas comportant un ulcus du collet)
 J.Radiol.Electr. 31 - 1950 - 229-232
- ROBERT et PATEL
 Sur 10 cas de hernie diaphragmatique
 Arch.Mal.App.Dig. n° 4 - 1952
- ROBERT (F.)
 Les reflux après gastrectomie
 Entretiens de Bichat 1954
- ROY-CAMILLE
 Sur l'orifice oesophagien du diaphragme. Intérêt radiologique
 Presse Médicale an 63 n° 46
- RUDLER (J.C.) et VIGUIE (R.)
 Traitement du reflux oesophagien
 Arch.Mal.App.Digest. Supplément au n° 8
 Juin 1955
- RUIZ (M.)
 La hernie du hiatus oesophagien
 Medicina (Madrid) an 222 n° 5
- SANTY (P.)
 Les hernies de l'hiatus oesophagien
 Journal des sciences médicales de Lille
 an 73 n° 10
- SAVIGNAC
 Les hernies diaphragmatiques
 Lancet 1950
- SCHWARTZ (S.O.) et BLUMENTHAL (S.A.)
 Hernie de l'hiatus diaphragmatique avec anémie sévère ferroprive
 Amer.J.Med. 7 1949 - 501-510

SERPANTIE (M.)

Résultats de la recherche systématique
des hernies hiatales au cours de 480
examens radiologiques gastriques
Journal de Radiol.Electr. T. 36 - n° 11-12

SIMMONS (E.E.), LONG (R.S.), HUNT (H.D.) et
MOORE (R.G.)

Hernies de l'hiatus. Analyse de 25 cas
Arch.Inter.Med. 86 - 1950 - 253-265

TAPIE (J.), FERRET (P.), GONTIER (C.) et
RASTOUL (A.)

Formes anémiques des hernies diaphragma-
tiques de l'estomac.
L'Information Médicale 14 Juin 1951 1-4

TEXTER (E.C.), SMITH (H.W.) SIPPY (H.I.) et
BARBOKA (C.J.)

Hernie hiatale et désordres de la jonc-
tion oesophago-gastrique
The Journ.of the Amer.Medic.Ass. (Chicago)
vol. 160 n° 10

VAN DER HOEDEN et HUNNEBERT (P.)

Hernies gastriques de l'hiatus oesopha-
gien
Acta Gastro-Enterol. Belg. n° I 1949

WARMOES (F.) et PENNEWAERT (M.)

Hernies de l'hiatus oesophagien
Acta Gastro-enter. Belg. n° 2 1948 - 242

WARMOES (F.) et PENNEWAERT (M.)

L'hiatus oesophagien. Analyse de 33 cas
Acta Gastro-enter. Belg. n° 5 1948

WATTEBLED (R.)

A propos des hernies de l'estomac par
l'hiatus oesophagien du diaphragme chez
l'adulte (d'après l'analyse de 100 obser-
vations)
Thèse Paris 1953

WEGMANN (T.)

Diagnostic différentiel des hernies hiatales ; thromboses récidivantes ; symptômes d'une hernie hiatale

Schweizerische Medizinische Wochenschrift
an 84 n° 46

WELTI (H.) et MAHOUDAU (D.)

Formes anémiques des hernies de l'estomac
Mém. Académie de Chirurgie 74 - 1948 - 132

WINKELSTEIN (A.)

Peptic oesophagitis : a new clinical entity

J.A.M.A. 104 - 1935 - 906

WOODRUFF (R.) et JAMES (A.E.)

Oesophagite et hernie hiatale

Archives of Surgery (Chicago) Vol. 72
n° 6

